ITEM 271 : REFLUX GASTRO-ŒSOPHAGIEN

RGO = passage intermittent d'une partie du contenu gastrique dans l'œsophage (via le cardia), en dehors de tout effort de vomissement : **prévalence en augmentation** = 20 à 40% de pyrosis dont **10% hebdomadaire** et **2 à 5% quotidien**

RGO physiologique = après les repas, sans symptôme, ni lésion muqueuse

vs **pathologique** = trop **fréquent**, **prolongé** et/ou **acide**, avec symptômes et/ou lésions muqueuses (œsophagite…)

Physiopathologie : **Hyperpression abdominale** + **Stase gastrique** + **Défaillance du système anti-reflux** = **SIO** (hypotonie et ↗ des relaxations transitoires) et **diaphragme** (si hernie hiatale notamment)

FDR

- **Médicament** : β-mimétique, **dérivés nitrés**, inhibiteur calcique, morphine, aspirine/AINS, anticholinergique, benzodiazépine, progestérone, théophylline
- Hyperpression abdominale : **surcharge pondérale (FDR n°1)**, **grossesse**, **constipation, toux, vêtement serré**
- Aliment favorisant (stase gastrique : repas gras, calorique, gastroparésie) : **graisse, café, thé, alcool, chocolat**
- Positionnel : **signe du lacet** = déclenchement par l'antéflexion/décubitus

Hernie hiatale

= Protrusion permanente ou intermittente d'une partie de l'estomac à travers le hiatus œsophagien

- **Hernie hiatale par glissement** (85%) = cardia intrathoracique : **possible RGO** (FDR non-nécessaire/suffisant)
- **Hernie hiatale par roulement** (15%) = grosse tubérosité para-œsophagienne : **possible dysphagie, pas de RGO** + péritoine intrathoracique : risque d'étranglement herniaire ➙ traitement chirurgical systématique

➙ Possibles formes mixtes. Les hernies hiatales ne se compliquent pas toutes de RGO !

Diagnostic

Clinique

RGO non compliqué (60%)

Digestifs

RGO « typique » = **pyrosis + régurgitations + syndrome postural** (autres signes = « atypiques »)

- **Pyrosis** : brûlure rétro sternale ascendante à point de départ épigastrique (spécificité 90%)
- **Régurgitations acides** : remontées du contenu gastrique acide/biliaire jusqu'au niveau pharyngé (sans nausées/vomissement)
- **Syndrome postural** : pyrosis/régurgitations favorisées par le **décubitus** (la nuit) / **l'antéflexion**

➙ Parfois **brûlures épigastriques** isolées.

/!\ Si dysphagie / amaigrissement = évoquer une pathologie néoplasique !

Extra-digestifs

= ± symptômes digestifs (lien causal difficile à mettre en évidence) : **éliminer les autres causes** !!

- Pulmonaire : **toux sèche** (au décubitus), **enrouement**, **hoquet**
- ORL : **dysesthésie bucco pharyngée**, **otalgie** (notamment à droite), **laryngite postérieure**
- Stomato : **gingivite/caries à répétition**
- Cardiaque : **douleur précordiale** pouvant simuler un angor
- **Troubles du sommeil** : **micro-éveils nocturnes**, à l'origine d'une somnolence diurne

+ **Lien discuté :** asthme, fibrose pulmonaire, sinusite, autres pharyngites, OMA récidivantes

RGO compliqué

Œsophagite peptique

= Associée à 1/3 des RGO : **Classification de Los Angeles** (diagnostic endoscopique)

- **Stade 1** = punctiforme/linéaire non confluente - **Stade 2** = confluente non circonférentielle
- **Stade 3** = circonférentielle - **Stade 4** = compliquée : ulcère ou sténose

➙ Aucun parallélisme entre la sévérité des symptômes et l'intensité de l'œsophagite

Œsophagite sévère (<5%)

= **Ulcérations** étendues, **confluentes** ou **circonférentielles** ou **sténose (peptique)**

- Risque d'**hémorragie digestive** : **anémie ferriprive, hématémèse, méléna**
- Risque de **sténose œsophagienne** (RGO ancien négligé) : **dysphagie, odynophagie, ↘poids**

Endo-brachy-œsophage

= Œsophage **de Barrett** : métaplasie intestinale cylindrique au niveau de l'épithélium malpighien normal de l'œsophage

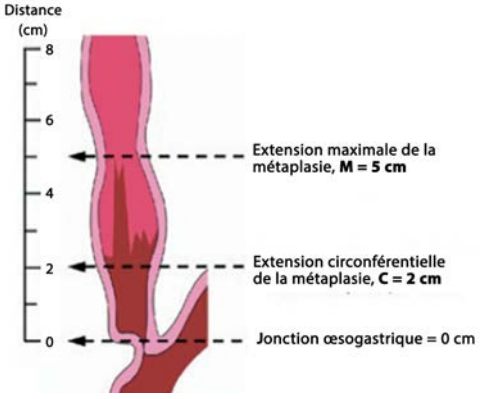
= **lésion précancéreuse**

/!\ Pas de symptômes spécifiques, parfois asymptomatique, diagnostic histologique /!

- Risque d'**ulcère de la muqueuse pathologique**
- Risque d'**adénocarcinome**

œsophagien (<1%/an) : surveillance par biopsies à la recherche de **dysplasie** (de bas/haut grade)

Classification de Prague C-M : mesure (en cm depuis la jonction œsogastrique) la zone métaplasique : Circonférentielle – Maximale



Diagnostic

Paraclinique

➞ Pas d'exploration si **symptômes digestifs typiques** (pyrosis et/ou régurgitation) chez un patient **< 50 ans**
➞ **Examens complémentaires systématiques si : > 50 ans, signes d'alarmes (amaigrissement, anémie, dysphagie)**

Explo morphologiques

EOGD
= Affirme le Dg si œsophagite, n'écarte pas le Dg si normal (30 à 50% des cas)
- **En 1ère intention si symptômes atypiques, signes d'alarme** (dysphagie, amaigrissement, hémorragie digestive, anémie)**, doute diagnostique, > 50 ans**

Transit baryté
Intérêt diagnostic **si sténose peptique** de l'œsophage ou hernie hiatale

Vidéo capsule
En cours d'évaluation. Détection d'œsophagite ou d'EBO.

Explo fonctionnelles

pH-métrie œsophagienne des 24h
= **Examen le plus sensible** pour le Dg de RGO pathologique, peu invasif/faible risque
Quantifie l'exposition acide (durée d'exposition acide du bas œsophage : pourcentage de temps avec **pH<4**), analyse la relation temporelle entre symptôme & RGO
Indiqué (surtout si endoscopie normale) **:**
- **Si manifestations extra-digestives compatibles avec un RGO**
- **Si persistance de symptômes gênants sous traitement**
- **Avant chirurgie anti-reflux en l'absence d'œsophagite +++**

➞ SNG spécifique posée pendant 24h. Le patient note ses symptômes.

Impédancemétrie œsophagienne
= Seul examen pouvant mettre en évidence un RGO peu ou **non acide** / gazeux
- **Indiqué si reflux persistant sous antisécrétoire** (peut être réalisée avec/sans IPP)

Manométrie œsophagienne
= N'objective pas le RGO mais peut montrer une hypotonie franche du SIO ou des troubles du péristaltisme œsophagien
- Etude du péristaltisme, pression, relaxation du SIO : capteurs sur SNG posée pendant **30min** (déglutition d'eau : enregistrement de l'onde péristaltique)
- Indiquée si **indication opératoire** pour reflux pour écarter des facteurs aggravants ou si recherche de trouble moteur œsophagien

Prise en charge

➞ But : **traitement des symptômes**, **cicatrisation des lésions d'œsophagite** et **prévention des récidives/complications**

RHD

- Réduction pondérale +++
- Surélévation de 45° de la tête du lit
- Perte de poids en cas de surcharge
- Arrêt du tabac, pas d'excès d'alcool
- Intervalle de 3h entre le diner et le coucher
- Éviter les aliments identifiés comme pourvoyeurs de RGO

Traitement médical

TTT topiques : usage ponctuel, utiles si symptômes peu fréquents, à la demande, ne permettent pas la cicatrisation d'une œsophagite
➞ Neutralisation du contenu acide : **bicarbonate, hydrxyde d'alumine/magnésium**
➞ Protection de la muqueuse œsophagienne : **alginates de sodium** (Gaviscon®)

TTT antisécrétoires :
➞ **Inhibiteurs de la pompe à protons** (IPP) : efficaces++, largement prescrits
➞ Anti-histaminiques H2 (**anti-H2**) : cimétidine, famotidine, ranitidine : efficaces mais rarement prescrits (plusieurs prises quotidiennes, plus d'effets indésirables & moins efficaces que les IPP)
La supériorité des IPP comparée aux anti-H2 est démontrée quelle que soit la sévérité de l'œsophagite

IPP

= Bloque l'action de la pompe H+/K+-ATPase : inhibition dose-dépendante, ↗ pH gastrique, ↗ gastrinémie systématique (non-pathologique)
- Médicament le +prescrit au monde
- Prise le matin à jeun, 30 minutes avant le repas (↗ la biodisponibilité)
- Efficacité maximale en 2 à 4 jours
- Indications :
➞ **TTT du RGO**
➞ **Eradication de H. pylori / TTT des UGD**
➞ Prévention de l'UGD si **AINS chez le patient à risque** (**>65 ans**, **ATCD d'UGD**, **AAP/anticoagulants** associés)
- Non indiqué si dyspepsie fonctionnelle (sans RGO associé), AINS chez les sujets non à risque
- **Posologies** à pleine dose (-50% si demi-dose, x2 si double dose) :
  . **Oméprazole** : 20 mg/j
  . **Pantoprazole** : 40 mg/j
  . **Rabéprazole** : 20 mg/j
  . **Esoméprazole** : 40 mg/j
  . **Lansoprazole** : 30 mg/j
- Nombreuses **interactions médicamenteuses**
- **EI** : . Bénins, fréquents : **céphalées, troubles digestifs** (diarrhées)
  . **Rebond acide** à l'arrêt du traitement, **pic de sécrétion acide nocturne**
  . **Gastrite chronique atrophique** : sans surrisque de cancer
  . **Colite microscopique** (++ lansoprazole)**, Polypes glandulo-kystiques bénins gastriques**
  . A long terme : **ostéoporose** (lien non-clairement démontré), **hypomagnésémie**
  . ↘ défense (↘ acidité) : Chez le sujet sain, ↗ le risque de **pneumopathie**, d'**infection digestive à *Clostridium difficile, à Salmonelles non typhiques, à Campylobacter***
  . Chez le cirrhotique : ↗ risque **d'infection du liquide d'ascite, surmortalité si IPP en excès**

<table>
<tr><td rowspan="6">Prise en charge</td><td>Traitement chirurgical</td><td colspan="3">= Montage anti-reflux : fundoplicature complète (valve de Nissen), par cœlioscopie
- Chirurgie : Création d’une valve gastrique en entourant le cardia avec le fundus,
± Réintégration hernie hiatale, fermeture de l’orifice diaphragmatiques, fixation du montage
- Indication si RGO acide :
. Récidive précoce dès arrêt des IPP
. Symptômes persistant sous traitement médical
. Volumineuse hernie hiatale par glissement
. Persistance d’un reflux anormal documenté sous traitement
- Risques : dysphagie, flatulences excessives, difficultés à roter, récidive
- Manométrie systématique en préopératoire pour écarter un trouble moteur de l’œsophage +++</td></tr>
<tr><td rowspan="2">RGO sans œsophagite</td><td>Symptômes intermittents</td><td colspan="2">- Fréquence < 1/semaine : RHD + TTT topique à la demande
- Fréquence > 1/semaine : IPP demi-dose pdt 4 semaines puis TTT à la demande</td></tr>
<tr><td>Symptômes fréquents/intenses</td><td colspan="2">- Si rechute fréquente/précoce à l’arrêt des IPP : TTT d’entretien continu par IPP à dose minimale efficace (1/2 dose voire pleine dose)</td></tr>
<tr><td rowspan="3">RGO avec œsophagite</td><td></td><td>Cicatrisation</td><td>Prévention des récidives</td></tr>
<tr><td>Œsophagite peu sévère (grade A/B)</td><td>- IPP demi-dose, 4 semaines
- IPP pleine dose si symptômes persistants</td><td>- IPP au long cours à dose minimale efficace si rechutes fréquentes.
- Pas d’endoscopie de contrôle</td></tr>
<tr><td>Œsophagite sévère (C/D)</td><td>- IPP pleine dose pendant 8 semaines</td><td>- IPP au long cours à dose minimale efficace
- Endoscopie de contrôle (cicatrisation)</td></tr>
<tr><td>Signes extra-dig</td><td colspan="3">- Manifestations extradigestives prédominantes ou isolées : pas d’antisécrétoires, non prouvés (parfois IPP double dose proposés ≥ 3 mois pour la toux…) : toujours après avoir exclu une affection ORL ou pulmonaire</td></tr>
<tr><td>RGO résistant aux IPP</td><td colspan="3">→ Evoquer : RGO non acide ou erreur diagnostique
→ pH-Impédancemétrie sous ttt : documente la persistance d’un reflux acide (10%) ou non acide (30-40%)
- En cas de reflux acide persistant documenté : ↗ dose d’IPP et/ou association aux antiacides
- Si reflux toujours persistant : intervention chirurgicale</td></tr>
<tr><td>Sténose peptique</td><td colspan="3">- Traitement en continu par IPP double dose initialement puis pleine dose au long cours
- Dilatation œsophagienne endoscopique à discuter (en cas de dysphagie)</td></tr>
<tr><td>Endo-brachy-œsophage</td><td colspan="3">- Seul l’EBO symptomatique ou associé à une œsophagite doit être traité par IPP car les antisécrétoires au long cours et la chirurgie ne préviennent pas la dysplasie ou le cancer
- Asymptomatique et non associée à une œsophagite : aucun traitement
- Surveillance par EOGD + biopsies tous les 2 à 5 ans : 2 ans si EBO > 6 cm, 3 ans si EBO de 3-6 cm, 5 ans si EBO < 3 cm</td></tr>
</table>